

様式第3号

中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書

医療機関名		主たる担当 医師名	
医療機関名	期 間	症 例 数	備 考
	年月日 年月日 ～ ～ ～	中心静脈栄養法 () () ()	
	年月日 年月日 ～ ～ ～	経腸栄養法	

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名
氏 名

(記載要領)

- 「医療機関名」欄には、正式名称を記載すること。
- 「主たる担当医師名」欄には、小腸に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 症例数を記入する欄には個々の症例を直近時から遡って記載し、調査票の記入欄を満 たす範囲内で症例数を計上すれば足りること。

ただし、既定の症例数（中心静脈栄養法20例以上、経腸栄養法10例以上）について、患者性別、年齢、期間等の一覧を別途添付すること。

- 中心静脈栄養法の症例数のうち、在宅中心静脈栄養法については（ ）内に再掲すること。
 - 同一症例に対し断続的に繰り返し行った場合は、その都度、症例と数えて差し支え ないこと。
 - 中心静脈栄養法を開始した時点からその中心静脈栄養法の終了した時点までが10 日間以上のものを症例として計上すること。

なお、カテーテル感染によりカテーテルを抜去し、同一日ないし翌日に再挿入した 場合は1回とみなし、複数の症例として計上しないこと。